

## Mandat de domiciliation européenne SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez BHI Dental S.A. à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de BHI Dental S.A.

Vous bénéficiez d'un droit au remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Vous pouvez obtenir auprès de votre banque des informations sur vos droits dans le cadre de ce mandat.

**Identification du mandat:** (votre numéro de client)

### Coordonnées encaissant

Nom: BHI Dental S.A.  
Adresse: Boite postale 34  
Code Postal: B-2370  
Ville: Arendonk  
Pays: België  
Indentification du créancier: BE66ZZZ0420717011

### Vos coordonnées

Nom (d'entreprise): \_\_\_\_\_  
Nom et Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Code Postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_  
Pays: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_

### Signature

Nom: \_\_\_\_\_  
Localité: \_\_\_\_\_  
Date de signature: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Merci de remplir, signer et de nous retourner ce formulaire par e-mail à [vente@bhi.be](mailto:vente@bhi.be) ou par fax à 02 - 381 24 72.  
Vous pouvez aussi nous le retourner par la poste à Boite Postale 34 2370 Arendonk.